

# Angine LABORATOIRES

## Centres de prélèvements

**CLSC Lamater, de 06:15 à 09:45**      **CLSC Meilleur, de 06:15 à 09:45**  
3195 Boul. de la Pinière, Terrebonne, local 107      1124, boul. Iberville, Repentigny, local 204  
**450-471-2883**      **450-654-3879**

Les centres de prélèvements sont ouverts du lundi au vendredi sauf les jours de congé férié.

La journée de vos examens, apportez:

- 1 ce formulaire
- 2 votre carte d'assurance maladie

Nom à la naissance :

Prénom :

Date de naissance :

RAMQ :

Téléphone au domicile :

Prélevé par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_:\_\_\_\_

Pour les examens suivants, présentez-vous **SANS RENDEZ-VOUS** à votre centre de prélèvements.

<b>A JEUN (pendant 8 heures)</b> À partir de minuit. Ne pas fumer le matin. Eau permise. La veille, souper léger sans gras	<b>A JEUN (pendant 12 heures)</b> La veille, souper léger sans gras. Eau permise.	Section réservée au laboratoire	Tampon préleveur
<input checked="" type="checkbox"/> <b>GLU</b> Glucose  <b>Aléatoire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>CHOL</b> Cholestérol <input checked="" type="checkbox"/> <b>TRIG</b> Triglycérides <input checked="" type="checkbox"/> <b>HDL</b> HDL (et LDL)		

NON À JEUN	NON À JEUN	NON À JEUN	NON À JEUN
<b>BIOCHIMIE</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>CREA</b> Créatinine <input checked="" type="checkbox"/> <b>NA</b> Sodium <input checked="" type="checkbox"/> <b>K</b> Potassium <input type="checkbox"/> <b>ALT</b> ALT <input type="checkbox"/> <b>CK</b> CK <input type="checkbox"/> <b>GGT</b> GGT <input type="checkbox"/> <b>PALC</b> Phosphatase alcaline <input type="checkbox"/> <b>BILI</b> Bilirubine totale <input type="checkbox"/> <b>BILIN</b> Bilirubine néonatale Bilimètre #: _____ Lecture _____ <input type="checkbox"/> <b>AURI</b> Acide urique <input type="checkbox"/> <b>CA</b> Calcium <input type="checkbox"/> <b>PHOS</b> Phosphore <input type="checkbox"/> <b>EPRO</b> Électrophorèse des protéines Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Info Clinique : _____ <input type="checkbox"/> <b>ALB</b> Albumine <input type="checkbox"/> <b>PROT</b> Protéines totales <input type="checkbox"/> <b>APS</b> APS (PSA) <input type="checkbox"/> <b>FERR</b> Ferritine <input type="checkbox"/> <b>CEA</b> CEA <input type="checkbox"/> <b>HGB</b> Hb glyquée <input type="checkbox"/> <b>TSH</b> Bilan thyroïdien <input type="checkbox"/> <b>TPO</b> Ac anti-thyroïdiens <input type="checkbox"/> <b>FSH</b> FSH <input type="checkbox"/> <b>LH</b> LH <input type="checkbox"/> <b>HCG</b> HCG quantitatif <input type="checkbox"/> <b>NOHDL</b> Non-HDL- cholestérol <input type="checkbox"/> <b>CORT</b> Cortisol <input type="checkbox"/> AM (à 8h au CLSC) <input type="checkbox"/> PM (à 16h au HPLG)	<b>URINES</b> <input type="checkbox"/> <b>ANUR</b> Analyse de routine <input type="checkbox"/> <b>TGRO</b> Épreuve de grossesse <input type="checkbox"/> <b>MALBM</b> Microalbuminurie sur miction <input type="checkbox"/> <b>MALB</b> Microalbuminurie <input type="checkbox"/> urines de 24h <input type="checkbox"/> urines nocturnes Note à l'usager, voir au verso # 6 <input type="checkbox"/> <b>CLCRE</b> Clairance de la créatinine Poids: _____ kg Taille: _____ cm Nécessite aussi une prise de sang Note à l'usager, voir au verso # 5 <b>SELLES</b> <input type="checkbox"/> <b>RSOSI</b> Recherche de sang occulte par méthode immunologique* <input type="checkbox"/> <b>SSEL</b> Recherche de sang (Gaiac)* Note à l'usager, voir au verso # 4 <b>HÉMATOLOGIE</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>FSC</b> Formule sanguine complète <input type="checkbox"/> <b>HBHT</b> Numération globulaire <input type="checkbox"/> <b>RETIC</b> Réticulocytes <input type="checkbox"/> <b>MONOT</b> Monolest <input type="checkbox"/> <b>ANA</b> A.N.A. <input type="checkbox"/> <b>DNA</b> D.N.A. <b>BANQUE DE SANG</b> <input type="checkbox"/> <b>GROU</b> Groupe + rech. d'anticorps <input type="checkbox"/> <b>AGGL</b> Agglutinines froides (37°C) <input type="checkbox"/> <b>CDIR</b> Coombs direct polyvalent Note à l'usager, voir au verso # 9 <b>DÉPISTAGE TRISOMIE</b> <input type="checkbox"/> <b>TRIS1</b> Trisomie 21 1 <sup>er</sup> cycle (10 <sup>e</sup> -13 <sup>e</sup> semaine) <input type="checkbox"/> <b>TRIS2</b> Trisomie 21 2 <sup>e</sup> cycle (14 <sup>e</sup> -16 <sup>e</sup> semaine) (HCG, Oestriol, AFP et Inhibine A) Note à l'usager, voir au verso # 10	<b>COAGULATION</b> Obligatoire Patient anticoagulé ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Indiquez l'anticoagulant: <input type="checkbox"/> Coumadin <input type="checkbox"/> Héparine Autres, spécifiez : _____ <input type="checkbox"/> <b>FIBRI</b> Fibrinogène <input checked="" type="checkbox"/> <b>PT</b> T. de prothrombine (INR) <input type="checkbox"/> <b>PTT</b> Temps de céphaline act. <input type="checkbox"/> <b>COAS</b> Coagulogramme simple (PT, PTT et plaquettes) <input type="checkbox"/> <b>HEPAR</b> Dosage anti-Xa, (HFPM) type d'héparine _____ <input type="checkbox"/> <b>BITHR</b> Bilan de Thrombose* <input type="checkbox"/> <b>LUPIQ</b> Anticoagulants circulants* <input type="checkbox"/> <b>PROTC</b> Protéine C* <input type="checkbox"/> <b>PROTS</b> Protéine S* <input type="checkbox"/> <b>ATIII</b> Antithrombine III* <input type="checkbox"/> <b>PROCA</b> Résist. à la prot. C activée* Note à l'usager, voir au verso # 7 <b>BACTÉRIOLOGIE</b> <input type="checkbox"/> <b>URIMJ</b> Culture d'urine mi-jet seulement <input type="checkbox"/> <b>SURI</b> Culture d'urine selon nature et site <input type="checkbox"/> sonde <input type="checkbox"/> sac pédiatrique <input type="checkbox"/> cathétérisme <input type="checkbox"/> ponction vésicale <b>PCR</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (PCR) précisez : <input type="checkbox"/> urine <input type="checkbox"/> col <input type="checkbox"/> urètre <input type="checkbox"/> endocol Note à l'usager, voir au verso # 8	<b>SÉROLOGIE</b> <input type="checkbox"/> <b>HAV</b> Anti-Hav IgM <input type="checkbox"/> <b>HBSAG</b> HBs Ag <input type="checkbox"/> <b>HBSAC</b> Anti-HBs <input type="checkbox"/> <b>AHBC</b> Anti-HBc <input type="checkbox"/> <b>HCV</b> Anti-HCV <input type="checkbox"/> <b>HCVRN</b> HCV RNA (qualitatif) <input type="checkbox"/> <b>CVHCV</b> Charge virale HCV (quantitatif) précisez : pré traitement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou depuis _____ semaines <input type="checkbox"/> <b>GENHC</b> Génotype HCV <input type="checkbox"/> <b>HIV</b> VIH (dépistage) <input type="checkbox"/> <b>SYPHD</b> Syphilis (dépistage) <input type="checkbox"/> <b>RPRT</b> Syphilis (suivi) <input type="checkbox"/> <b>RUBE</b> Rubéole IgG (dépistage) <input type="checkbox"/> <b>TOXO</b> Toxoplasmose précisez <input type="checkbox"/> Dépistage ou <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> <b>GCMV</b> Cytomégalovirus IgG (Dépistage) <input type="checkbox"/> <b>MCMV</b> Cytomégalovirus IgM (cas aigu) <input type="checkbox"/> <b>HERP1</b> HSV-1 Herpes type 1 IgG <input type="checkbox"/> <b>HERP2</b> HSV-2 Herpes type 2 IgG <input type="checkbox"/> <b>GPARGV</b> Parvovirus B-19 IgG (dépistage) <input type="checkbox"/> <b>MPARGV</b> Parvovirus B-19 IgM (cas aigu) <input type="checkbox"/> <b>VZG</b> Varicelle/zona (dépistage) <input type="checkbox"/> <b>VZM</b> Varicelle/zona (cas aigu) <input type="checkbox"/> <b>EBVCO</b> EBV VCA (Epstein Barr dépistage) <input type="checkbox"/> <b>HELI</b> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> <b>MYCOM</b> Mycoplasma pneumoniae (IgM) <input type="checkbox"/> <b>RA</b> RA test (facteur rhumatoïde) <input type="checkbox"/> <b>ASO</b> Antistreptolysine O

### EXAMENS AVEC EXIGENCES PARTICULIÈRES

Pour les examens suivants, veuillez <b>PRENDRE UN RENDEZ-VOUS</b> entre 08:00 et 16:00 du lundi au vendredi CLSC Lamater 450-471-2883 ou Meilleur 450-654-3879		Examens <b>SANS RENDEZ-VOUS</b> Présentez-vous à votre CLSC selon les analyses demandées	<b>MÉDICAMENTS</b> Note à l'usager, ne prendre aucun médicament le matin avant le prélèvement, le prendre après.
<b>A JEUN</b> (pendant 8 h, ne pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> <b>GLU1</b> Glycémie 1h post 50 g à la 26 <sup>ème</sup> semaine de grossesse Note à l'usager, voir au verso # 1 <input type="checkbox"/> <b>LACT</b> Épreuve au lactose (2 h) <input type="checkbox"/> <b>XYLO</b> Épreuve au xylose (2 h) <b>NON À JEUN</b> Au C.H.P.L.G. 450-581-3020 <input type="checkbox"/> <b>COAC</b> Coagulogramme complet Temps de saignement, plaquettes, PT, PTT, fibrinogène, FXIII	<b>A JEUN</b> (pendant 12 h, pas fumer, eau permise) <input type="checkbox"/> <b>GLU2G</b> Hyperglycémie 2h post 75g pour femme enceinte Note à l'usager, voir au verso # 2 <input type="checkbox"/> <b>GLU2</b> Hyperglycémie 2h post 75g Note à l'usager, voir au verso # 2 <input type="checkbox"/> <b>GLUPC</b> Glycémie _____ hre(s) p.c. <input type="checkbox"/> 75 g de glucose Note à l'usager, voir au verso # 3	<b>NON À JEUN</b> <input type="checkbox"/> <b>BIMMU</b> Bilan immunodéficience (mardi-mercredi et jeudi) <input type="checkbox"/> <b>IPSLP</b> Immunophénotype SLP (mardi) <input type="checkbox"/> <b>CHBA2</b> Chromatographie de l'Hb (du lundi au vendredi) <input type="checkbox"/> <b>HB27</b> HLA B27	<b>NON À JEUN</b> <input type="checkbox"/> <b>AVAL</b> Acide valproïque <input type="checkbox"/> <b>CARBA</b> Carbamazépine <input type="checkbox"/> <b>DIGO</b> Digoxine <input type="checkbox"/> <b>PHENY</b> Dilantin <input type="checkbox"/> <b>LI</b> Lithium <input type="checkbox"/> <b>THEO</b> Théophylline <input type="checkbox"/> <b>VANCO</b> Vancomycine <input type="checkbox"/> <b>TOBR</b> Tobramycine Dernière dose : _____

**AUTRES ANALYSES** (À JEUN 8 h, eau permise)  
Au médecin, SVP en caractères d'imprimerie

Dx :

**ACCUEIL CLINIQUE**

**ADRESSE DE RETOUR (Obligatoire)**

Mail : \_\_\_\_\_ du médecin

de postal : \_\_\_\_\_ fax 450-490-2646  
relécopieur : \_\_\_\_\_

Signature du médecin

No de pratique \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Tropovine (Tube vert/rouge)**

## Informations complémentaires

### 1. Glycémie 1 heure post 50 g

Pour les patients qui se présentent au CLSC Lamater et au CLSC Meilleur: vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose appropriée ( Glucodex) à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 2. Hyperglycémie 2 heures post 75 g de glucose

Durant les trois (3) jours qui précèdent l'épreuve vous devez consommer une quantité normale de glucides (produits sucrés). Vous ne devez donc pas restreindre votre consommation habituelle en glucides.

Pour les patients qui se présentent au CLSC Lamater et au CLSC Meilleur: vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose ( Glucodex) appropriée à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 3. Glycémie PC

Si votre médecin vous a prescrit un repas, vous recevrez les instructions quant à la diète sur place par les technologistes

Pour le test de 75 g : Vous devez obtenir de votre pharmacie la solution de glucose appropriée (Glucodex) à l'examen prescrit. Afin de respecter le délai prescrit pour l'examen, vous devez attendre, pour boire la solution de glucose, d'avoir rencontré la technicienne de votre centre de prélèvements.

### 4. Recherche de sang dans les selles

Présentez-vous, au centre de prélèvement de votre CLSC (entre 07:00 à 10:30 du lundi au vendredi), ou au secrétariat des laboratoires de l'hôpital Pierre-Le Gardeur (entre 08:00 et 15:45 du lundi au vendredi) pour obtenir les contenants nécessaires aux prélèvements et les instructions détaillées.

### 5. Clairance de la créatinine

Cet examen exige 2 visites à votre centre de prélèvements :

Présentez-vous au centre de prélèvements de votre CLSC (entre 07:00 et 10:30 du lundi au vendredi), pour obtenir le contenant nécessaire à la collecte urinaire de 24 heures.

Le matin où la collecte urinaire se termine, présentez-vous au centre de prélèvements de votre CLSC pour le ou les prélèvements sanguins.

### 6. Collecte urinaire

Pour toutes analyses effectuées sur une collecte urinaire, vous devez vous présenter, au centre de prélèvement de votre CLSC entre 07:00 et 10:30 ou au secrétariat des laboratoires de l'hôpital Pierre-Le Gardeur (entre 08:00 et 15:45 du lundi au vendredi) pour obtenir le contenant approprié aux analyses prescrites.

Au cours de la collecte des urines, conserver le contenant au réfrigérateur.

### 7. \*BILAN DE THROMBOSE, \*Anticoagulants circulants, \*Protéine C, \*Protéine S, \*Antithrombine III, \*Résist. à la prot. C activée

Pour effectuer les analyses parmi celles énumérées ci-haut., vous devrez vous présenter à 07:30 ou 09:30 et vous adresser directement au secrétaire à votre arrivée.

### 8. Chlamydia et Neisseria par PCR (urine)

Ne pas uriner dans l'heure qui précède le prélèvement. Recueillir les premiers 15 à 20 ml d'urine dans un godet et transférer dans le tube conique à bouchon rouge prévu à cette fin.

### 9. Banque de sang

- Sur la requête, la signature complète du préleveur ainsi que la date et l'heure doivent être complètes.
- Sur le spécimen, initiales, date et heure doivent être inscrites sur l'étiquette du tube.

10. Voici les analyses les plus communes qui nécessitent un formulaire dûment complété. Il est important de toujours vérifier dans le guide du labo pour s'assurer de fournir tous les documents nécessaires à l'analyse à effectuer.

ANALYSES	FORMULAIRES	# DE FORMULAIRES
TRISOMIE 21	✓	AH-611 (fournie par le médecin)
GÉNOTYPE		Fournir le formulaire de consentement

LABO  
OPH-02P